

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 138

ADÉNOPATHIE TUBERCULEUSE A MARCHE RAPIDE CHEZ L'ADULTE

OBSERVATIONS ANATOMO-CLINIQUES
SES RELATIONS AVEC LA LYMPHADÉNIE TUBERCULEUSE

• THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN LENOIR

né le 9 Janvier 1895, à Mâcon (Saône-et-Loire)

Externe des Hôpitaux de Lyon



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 138

ADÉNOPATHIE TUBERCULEUSE A MARCHE RAPIDE CHEZ L'ADULTE

OBSERVATIONS ANATOMO-CLINIQUES
SES RELATIONS AVEC LA LYMPHADÉNIE TUBERCULEUSE



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN LENOIR

né le 9 Janvier 1895, à Mâcon (Saône-et-Loire)

Externe des Hôpitaux de Lyon



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LEPINE DOYEN.
HUGOUNENQ ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVÉ-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	DUROUX	ROUBIER
COMMANDEUR	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
NOGIER	SAVY	TRILLAT	MURARD
BRETIN	FROMENT	SARVONAT	BONNET
LERICHE	THÉVENOT (Lucier)	FLORENCE	GRAVIER, chargé des
THÉVENOT (Léon)	PIÉRY	ROCHAIX	fonctions.
TAVERNIER	COTTE	CORDIER	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROQUE, Président ; COURMONT, Assesseur ;
MM. PIÉRY et CORDIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

PAUL SAUVAGEOT

tué à l'ennemi (Chemin des Dames)

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MORTS POUR LA FRANCE

AUX MIENS

A MES AMIS

INTRODUCTION

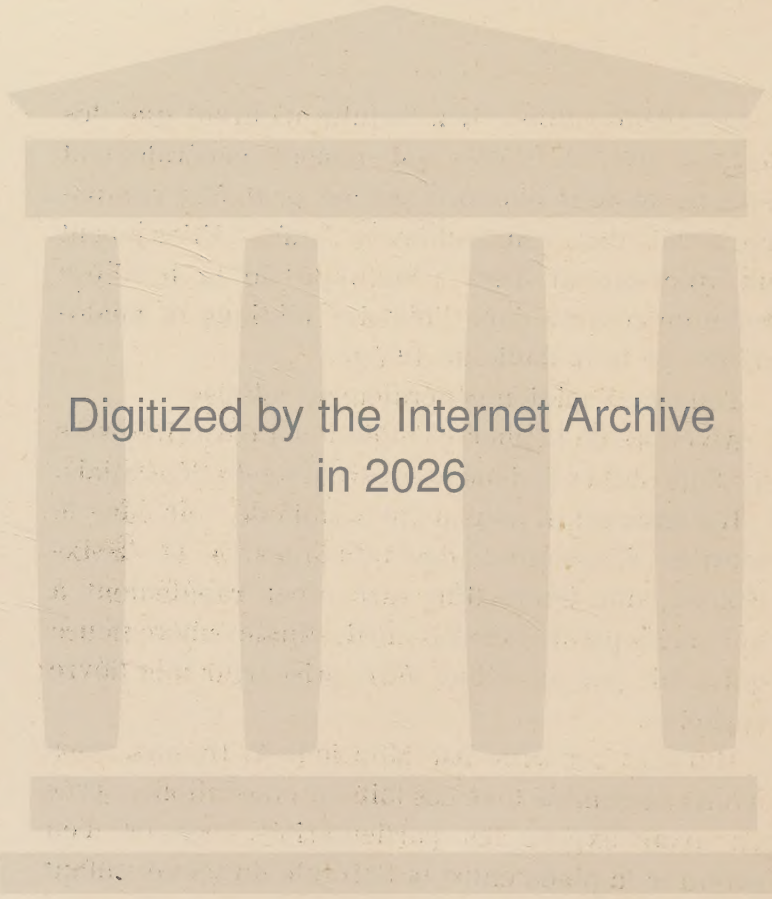
Les adénopathies chez l'adulte n'offrent que des lésions très discrètes qui restent généralement latentes et dont l'importance ne peut être comparée à celle des adénopathies de l'enfant. Elles jouent un rôle capital dans l'évolution de la bacillose infantile comme dans l'histoire clinique et anatomique de la maladie du 1^{er} âge.

Telle est l'opinion généralement admise.

Au cours de la guerre l'attention a été attirée vers les faits observés dans la tuberculose du Sénégalais.

Récemment, il nous a été permis de voir dans le service d'isolement des typhiques, à la Croix-Rousse, une jeune fille succomber rapidement à une adénopathie cervico médiastinale tuberculeuse qui avait pu, au début, être prise pour une fièvre typhoïde.

Guidé et conseillé par Monsieur A. Dumas, nous avons rassemblé tous ces faits et nous allons, après en avoir exposé les particularités, essayer d'en montrer la place entre la Scrofule du jeune enfant et la Lymphadénie tuberculeuse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (INÉDITE)

Communiquée par Monsieur A. Dumas.

Marthe R. ., 21 ans. Envoyée pour syndrome typhique dans le service, entrée le 11 septembre 1919. A. P. Bonne santé habituelle.

Depuis avril la malade présente des symptômes d'anémie : pâleur, essoufflement, céphalée, bouffées de chaleur, règles peu abondantes et irrégulières. Pas de rhumes qui aient retenu son attention.

L'affection actuelle a débuté il y a 3 semaines d'une façon insidieuse par de la céphalée, de la température, de l'anorexie et de la diarrhée ; elle s'est mise au lit il y a 18 jours.

A l'examen. — Malade un peu pâle, d'un roux ardent, langue saburrale un peu sèche. Rien à la gorge. Abdomen d'aspect normal. Un peu de douleur dans la fosse iliaque droite, pas de gargouillements. Taches rosées lenticulaires surtout abondantes dans le dos.

La rate paraît grosse à la percussion. Il semble que son pôle inférieur est senti également à la palpation.

Au cœur. — Pointe dans le IV^e espace sur la ligne mamelonnaire, bruits normaux rapides, pas de souffles. Pouls à 130 régulier.

Au poumon submatité du sommet gauche très nette en avant. En arrière à gauche submatité, rudesse inspiratoire, souffle expiratoire. La malade tousse un peu.

Pas d'albumine, pas d'œdème des jambes. Adénite sus-claviculaire, bilatérale volumineuse.

Le 13 octobre. — L'examen du sang ne montre pas d'hyperleucocytose, pas de modifications de la formule leucocytaire.

Le 23 octobre. — La température se maintient toujours entre 39° et 40° depuis son arrivée, en plateau continu. La malade tousse beaucoup.

Le 4 novembre. — À la base droite matité qui sans être absolue est plus que de la submatité. Pas d'abolition des vibrations, obscurité respiratoire sans souffle, sans frottements, sans râles. Cette matité tourne dans l'aisselle, pas de skodisme sous la clavicule.

Ponction exploratrice positive : liquide citrin qui semble disposé en couche mince, on en retire 150 grammes et l'on est obligé de faire une aspiration un peu forte. Les mêmes signes persistent après la ponction : quelques râles discrets dans la fosse sus-épineuse gauche, en avant sous les deux clavicules mais surtout à gauche où persiste la matité ; bruits respiratoires perçus aux deux temps sous forme de sibilants et râles muqueux ressemblant à des frottements, se modifiant peu à la toux.

Foie gras et douloureux. Le bord tranchant n'est pas senti, on a seulement de la résistance et de la matité. La rate n'est pas sentie à la palpation, elle donne une zone mate de 4 travers de doigt à la percussion.

Gros disque d'albumine, léger œdème dur mais dépressible des malléoles. Pas d'adénite de l'aîne. Les ganglions cervicaux précédemment notés ne sont pas modifiés.

En somme, jeune femme de 21 ans présentant une poussée de tuberculose à forme ganglionnaire et séreuse (épanchement droit), fièvre continue avec type inverse très net. Albuminurie.

Le 20 novembre. — À gauche en avant où on avait cru autrefois entendre des bruits et même des craquements on a une respiration moins marquée qu'à la base sans bruits surajoutés.

Même chose en arrière dans les fosses sus-épineuses.

Pouls 140, régulier. Cœur pointe dans le 4^e espace, rythme pendulaire très rapide. Grosse albuminurie.

En somme, épanchement de la base droite, intégrité remarquable du parenchyme pulmonaire au-dessus de l'épanchement, gros œdème blanc des membres inférieurs, tachycardie.

Le 22 novembre. — Ponction de la plèvre droite qui ramène 3/4 de litre de liquide citrin clair, léger culot à la centrifugation avec mononucléose. A la base du cœur au niveau du 2^e espace intercostal gauche on entend un frottement systolique et diastolique rythmé sur les bruits du cœur, non modifié par la respiration et qui disparaît à la pointe. On pense à une péri-cardite.

Le 27 novembre. — La dyspnée a reparu après la ponction, le niveau de la matité atteint presque la pointe de l'omoplate, au-dessus comme sous la clavicule droite, craquements à la fin de l'inspiration, skodisme, souffle pleurétique en arrière. Nouvelle ponction qui ramène un liquide citrin légèrement hémorragique. L'œdème remonte jusqu'aux hypocondres.

Le 29 novembre. — La pointe du cœur ne peut être localisée à la palpation les bruits sont sourds et lointains, les frottements se perçoivent toujours au 2^e espace. La matité cardiaque est augmentée d'étendue. En haut elle remonte jusqu'au 2^e espace, en dehors elle dépasse de trois travers de doigt la ligne mamelonnaire, elle se confond en dedans derrière le sternum avec la matité hépatique.

Au poumon en avant, skodisme sous la clavicule droite, craquements fins à l'inspiration, en arrière matité, et au-dessus d'elle un léger souffle. Le foie n'est pas senti à travers la paroi très œdématiée. Urines abondantes très albumineuses.

L'examen des crachats faits par le laboratoire ont été 2 fois négatifs.

Autopsie. — Un peu de liquide dans l'abdomen. Symphyse pleurale à gauche. Adhérences pleurales à droite avec liquide

(1/2 litre environ). Cœur dilaté. Péricapnrite, pérhépatite et adhérences pleurales diaphragmatiques. Masse ganglionnaire médiastinale, qui entoure l'aorte sans la comprimer.

Au cœur. — Liquide hémorragique dans le péricarde, environ 250 grs ; péricardite végétante avec poche postérieure contenant le liquide, exsudats surtout abondants à la partie antérieure du péricarde viscéral.

Poumon gauche. — Petites tâches jaunâtres formées au dépens de la plèvre viscérale principalement sur la face antérieure, quelques nodules plus consistants facilement énucléables faisant saillie sous la plèvre. Nombreux ganglions caséeux au niveau de la bronche gauche, pénétrant dans le poumon en suivant les bifurcations bronchiques, et en restant toujours indépendantes du parenchyme qui autour d'eux reste sain. Au sommet grosses granulations, très nombreuses, en grain de plomb, uniformément réparties non confluentes et sans aucune tendance à l'évolution ulcéro-caséeuse.

Poumon droit. — Même orientation hilare des tubercules ganglionnaires, le poumon dans son ensemble est congestionné ne présentant que de rares granulations à son sommet, sans aucune trace d'évolution ulcéro-caséeuse.

Rate. — Ferme, volumineuse, quelques rares tubercules miliaires, poids : 360 grs.

Foie. — Légèrement muscade, non volumineux, poids : 2 k. 400, surrénales, rien à noter.

Reins. — 160, 170.

OBSERVATION II (M. Dumas, *Lyon-Médical*)

Yriméa, en Orient depuis 10 mois, envoyé à l'hôpital le 18 avril pour bronchite des sommets, fièvre, a succombé le 24 juillet. Chez lui les lésions pulmonaires ont eu le temps d'évoluer. Les dernières semaines il présentait des bacilles de Koch dans ses crachats.

Radioscopie. — Au début, elle ne montrait qu'une opacité

hilaire très étendue et des sommets s'éclairant mal. Mais peu à peu on vit s'établir des pommelures surtout marquées au sommet gauche. Le malade succomba en état d'hecticité.

Autopsie pratiquée le 24 juillet.

Poumon gauche. — Petits tubercules (non caséifiés) disséminés dans tout le lobe supérieur, à l'extrême sommet, petite cavernule de la grosseur d'une petite noix. Ganglions anthracosiques le long des bronches.

Poumon droit. — Ganglions bronchiques volumineux. Le côté supérieur est infiltré de tubercules et de granulations.

Péricarde et cœur normaux.

Médiastin. — Comblé d'énormes masses ganglionnaires caséeuses moulées, entre la trachée et les vaisseaux qui ne paraissent pas comprimés. Masse ganglionnaire ayant formé un véritable abcès froid derrière la clavicule gauche.

Foie. Quelques granulations.

Rate bourrée de petits tubercules presque confluent.

Péritoine. Quelques ganglions mésentériques caséifiés.

OBSERVATION III (M. Dumas, *Lyon-Médical*)

Djadi-Bergou. Tirailleur Sénégalais. Entre le 29 avril 1918

Examen clinique. — Mauvais état général, bronchite diffuse prédominant au poumon gauche, râles muqueux variables des sommets.

Expectoration abondante, mucoséreuse, mélangée de salive, plus tard légèrement teintée de rouge, uniformément et de façon transitoire; pas de bacilles de Koch.

Radioscopie. — Elle nous montre en même temps que des sommets clairs une ombre médiastine très marquée avec ramifications hilaires, surtout prononcée à gauche. De ce côté ces travées obscures s'étendent vers la base où elles augmentent d'intensité et prennent un contour arrondi sans intéresser les sinus.

Température. — La température qui n'était au début que de 37° ne tarde pas à s'élever entre 39 ou 40, où elle se maintient avec de nombreuses oscillations, descendant parfois le matin jusqu'à 37° en dehors de toute influence médicamenteuse.

Autopsie.

Plèvre droite. — Quelques adhérences notamment au niveau des scissures et du diaphragme.

Plèvre gauche. — Grosses adhérences lardacées de la plèvre diaphragmatique, à ce niveau un gros ganglion caséux a donné lieu à un abcès froid enkysté, inclus dans les travées de pachypleurite.

Médiastin. — Gros ganglions caséux, agminés, occupant la bifurcation de la trachée et pénétrant dans le poumon par le hile. Ils s'insinuent en suivant la bifurcation des grosses bronches à la façon d'un lymphosarcome.

Poumon droit. — Parenchyme pulmonaire intact.

Poumon gauche. — Intact, sauf à la base où il est atelectasié, refoulé par l'abcès froid-diaphragmatique inclus dans la plèvre épaissie.

Péricarde contient 150 à 200 centicubes de liquide hémorragique. Quelques granulations sur le péricarde viscéral.

Péritoine. — Lésions de péritonite tuberculeuse : granulations, fausses membranes prédominant au niveau du colon ascendant, 5 ou 6 litres de liquide louche.

OBSERVATION IV (D^r A. Dumas, *Lyon médical*)

Fienera Kaué, tirailleur sénégalais.

Entré à l'hôpital le 27 juillet pour bronchite chronique.

Examen clinique. — Grosse bronchite bilatérale. Submatité de la base droite, température à type hectique oscillant entre 37 et 39.

Pas de bacilles dans les crachats.

Radioscopie. — Les 2 sommets s'éclaircissent. La région inter-

lobaire droite est marquée par une bande sombre transversale allant du hile à la périphérie. Au-dessous de cette bande sombre, mince bande claire.

Quant à la base du poumon droit, elle est occupée par une pénombre à concavité supérieure. Le diaphragme du même côté n'est pas complètement paralysé. On le voit se mouvoir au-dessous de cette pénombre.

Mort le 27 août par aggravation des symptômes généraux.

Autopsie pratiquée le 28 août.

Médiastin. — L'intérêt de ce cas réside dans la présence de volumineux ganglions médiastinaux, dont quelques-uns caséux, mais surtout dans ce fait que les ganglions ont pour ainsi dire envahi le poumon (poumon droit), à la façon de véritables proliférations cancéreuses étouffant le parenchyme sans le pénétrer.

Plèvre droite. — Grosse pachypleurite fraîche de la base sans liquide. Semis de granulations pleurales sur toute la hauteur.

Plèvre gauche. — Légères adhérences.

Poumon droit. — Semis de fines granulations sous-pleurales, pas de tubercules.

Poumon gauche. — Pas de lésions parenchymateuses.

Péricarde. — 500 grammes de liquide séro-fibrineux, pas d'exsudats péricardiques, pas de granulations.

Rate. — Hypertrophiée. Elle contient une dizaine de tubercules de la grosseur d'une noisette, pas de ganglions mésentériques, pas de lésions intestinales.

OBSERVATION V

(Thèse Luquet, Lyon 1920. Communiquée par le Dr Roubier)

Siziki, entré à l'hôpital le 15 novembre pour pieds gelés, a présenté, depuis le 2 décembre, une fièvre permanente entre 38 et 39. La courbe thermique découvrant à certains moments de grandes oscillations. Cependant l'état général est bon. Le

malade ne maigrit pas tout d'abord, mange et dort bien. Il n'existe aucun symptôme de lésion viscérale. Le 6 janvier on découvre des signes d'épanchement à la base gauche mais plusieurs ponctions restent négatives. Le 15 mars la fièvre à oscillations persiste ; depuis quelques jours, apparition d'un œdème des chevilles et de la face. Les urines sont claires et contiennent 2 grammes d'albumine. La toux est fréquente, l'expectoration purement muqueuse, on note de la submatité et des râles sous-crépîtants à la base gauche. Examen du cœur négatif, pas de ganglions apparents. Aphonie presque complète. Le 29 mars persistance des oscillations thermique. Le malade n'avale plus que difficilement. Décès le 30 mars.

Autopsie. — Nombreux exsudats fibrineux sur la plèvre gauche. Les 2 poumons présentent un œdème assez accentué et sur la surface de section on aperçoit d'assez nombreuses granulations fines translucides assez confluentes au niveau des lobes supérieurs. Rien au cœur, quelques petites granulations miliaires à la surface et dans la profondeur du foie. Rate un peu grosse sans lésions. Le rein droit est volumineux et contient dans la région corticale de nombreuses granulations et un petit tubercule ramolli. Le rein gauche est absent congénitalement, capsules surrénales normales. Dans le médiastin, nombreux ganglions caséux entourant les bronches et la trachée dont le plus gros atteint le volume d'une noix.

OBSERVATION VI (résumée). Thèse Forestier.

Malade âgé de 14 ans, rien dans les antécédents personnels.

Début brusque de l'affection par de la fatigue, des frissons, des vomissements, de la toux. A son entrée, on a tous les signes d'un épanchement dans le péricarde.

Aux poumons, pas de matité ; le poumon droit est le siège de nombreux râles sibilants ; quelques râles sous-crépîtants aux bases.

Foie indemne, température 37°,8, 39°,2 le soir. Les signes restent stationnaires pendant 1 mois, mais, malgré cette apparence d'amélioration, l'enfant s'affaiblit notablement. Aux poumons, on observe alors au sommet une diminution du murmure vésiculaire et des râles humides; température au-dessous de 37°; 5 jours après le malade meurt avec les signes d'asystolie hépatique.

Autopsie. — Le péricarde présente l'aspect d'un sablier à gros renflement inférieur formant une masse dure, rénitente, contenant un pus grumeleux. Les 2 feuillets péricardiques épaissis et tapissés de nombreuses fausses membranes. On y trouve de nombreux tubercules.

Tous les vaisseaux, la trachée, les bronches sont englobés dans une gangue inflammatoire semée des granulations tuberculeuses. Le poumon droit, très congestionné, présente quelques fines granulations tuberculeuses sur la surface pleurale, au sommet surtout. Un gros tubercule existe au niveau de la bifurcation de la bronche droite. Pleurésie droite, adhérences pleurales un peu partout; le poumon gauche présente quelques signes de tuberculose récente consistant en un semis de fines granulations sur la plèvre.

Foie hyper'rophie, surface lisse, il pèse 1300 grammes.

Péricarde et ganglions, 440 grammes.

OBSERVATION VII (Thèse Forestier)

Emilie F..., 18 ans, en traitement du 7 avril. Parents bien portants. Scarlatine, rhumatisme articulaire à 9 ans, bonne santé depuis. Il y a 6 semaines, toux, points de côté. Le malade n'interrompt point son travail; depuis 8 jours, douleurs dans les jambes et le ventre, anorexie, constipation, mictions rares et peu abondantes.

État actuel. — Jeune fille pâle, bien constituée, température

37° 9, pouls 140, respiration 34, matité cardiaque accrue, triangulaire, à sommet au niveau de l'extrémité sternale de la 2^e côte. Pointe du cœur non perceptible, bruits un peu affaiblis, rate petite, un peu d'ascite, pas de tuméfaction ganglionnaire. Rien de génital ; diminution du murmure vésiculaire à gauche et à droite.

Le 9 août, traces d'albumine, ascite, nutrition languissante, pas d'expectoration, pas de bacille de Koch dans les matières fécales ; érysipèle de la cuisse droite entraînant la mort.

Autopsie. — Tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques, adhérence avec le péricarde, péricardite adhésive. Pleurésie double, rares granulations dans les poumons dont les sommets sont sains.

Foie et reins congestionnés.

OBSERVATION VIII (Thèse Arnoux, Paris)

Pierre B..., 18 ans, admis à l'Hôtel-Dieu de Pointe-à-Pitre.

Depuis 7 à 8 mois, face œdématiée, veines apparentes au membre supérieur ; toux depuis 12 mois, plus fréquente depuis quelque temps. On constate la présence de quelques ganglions sus-claviculaires. A l'auscultation, expiration prolongée en avant, la voix est retentissante. Au bout de 3 semaines le malade sort sans amélioration, revient 2 mois après. Les symptômes ont augmenté. Survient une broncho pneumonie qui entraîne la mort.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax on trouve dans le médiastin une masse irrégulière formée par la réunion des ganglions interbronchiques hypertrophiés ; à la coupe elle présente des noyaux tuberculeux ; petites masses caséeuses et tubercules en voie de ramollissement.

Compression des vaisseaux et des bronches, de la veine cave supérieure et du pneumogastrique. Infiltration tuberculeuse des poumons ; quelques rares cavernules. Adhérences pleurales.

CHAPITRE I^{er}

ÉTUDE CLINIQUE

Constatons d'abord la rapidité de l'évolution et sa terminaison fatale dans tous les cas observés.

Chez les Sénégalais, on verra des nègres conserver pendant longtemps un état apparemment bon, présenter tout juste une légère élévation thermique vespérale, de l'asthénie, puis tout à coup une généralisation du processus tuberculeux ; c'est à ce moment que le malade rentre à l'hôpital, prend une fièvre à caractère hectique et la maladie ne se prolonge guère au delà de 3 mois conduisant fatalement à la mort avec des signes d'infection progressive.

Dans le cas observé à la Croix-Rousse, l'affection est aussi rapide. La malade bien portante ordinairement ne se plaignait que d'un léger essoufflement, d'asthénie, de bouffées de chaleur et cela depuis 6 mois environ. Or, 3 mois après son entrée à l'hôpital, elle succombait.

Arnoux. — « Même isolée la tuberculose ganglionnaire n'aboutit que rarement à la guérison, poursuivant plus ou moins lentement sa marche. Peu à peu le malade se déprime, ses forces diminuent progressivement et finit par tomber dans le marasme qui aboutit fatalement à la mort. »

Nous constatons une même marche aiguë dans les autres cas que nous relatons. A côté de cette évolution rapide nous sommes frappés de voir, en dehors des complications, le peu de signes physiques observés.

1^{re} période, période de début. — Tout d'abord nous avons une période assez longue pendant laquelle le sujet est dans un état de santé assez bon, continue à vaquer à ses occupations, mais où l'on peut constater les quelques symptômes suivants : c'est une légère altération de l'état général, de l'asthénie, de l'hypotonie musculaire, une légère élévation de la température.

Le seul signe important et vraiment précoce qui mérite de retenir l'attention c'est les adénites.

Pour Proquet et Morenas, le palper de la région sus-claviculaire permet de constater, sous la corde de l'omohyoïdien, une petite nodosité roulant sous le doigt, habituellement du volume d'un pois ; ce ganglion généralement unilatéral et le plus fréquemment à droite est observé dans 70 % des cas. C'est aussi l'opinion de Borrel.

Pour Luquet, la constatation de ce ganglion aurait une grosse valeur diagnostique et permettrait presque à coup sûr de diagnostiquer chez les noirs une tuberculose débutante.

En 1895, Arnoux, présentant quelques cas d'adénopathie trachéo-bronchique observés à Pointe-à-Pitre, recommande de rechercher avec soin tous les signes d'auscultation et d'interroger les ganglions du cou, des aisselles et des aines.

Dans l'observation n° 1, ce sont encore ces ganglions sus-claviculaires qui attirent l'attention avant même que le diagnostic soit établi, et, alors que la malade passait pour une typhique, on notait des ganglions sus-claviculaires volumineux bilatéraux roulant sous le doigt, mais n'ayant aucune tendance à se ramollir, ni à suppurer sans modifications des téguments qui la recouvrent.

2^e période. Période d'état. — Rien de bien caractéristique non plus dans les signes de la période d'état.

Le malade devient de plus en plus faible, perd l'appétit, la dyspnée augmente.

Au poumon, on note quelques ronchus et râles sibilants, puis plus tard quelques râles muqueux, fins d'œdème. Enfin une submatité sous-claviculaire qui tend à se généraliser.

A cette période on peut entendre dans l'espace interscapulo-vertébral, un souffle pseudo-tubaire analogue au souffle décrit par d'Espine dans l'adénopathie trachéo-bronchique des enfants et une diminution du murmure vésiculaire du côté correspondant.

Ce sont les rares signes de compression des organes du médiastin. Bien qu'Arnoux ait noté dans les différents cas observés dans sa thèse, soit des compressions des veines, des bronches, du pneumogastrique et que Monsieur Dumas ait vu dans un cas la mort survenir rapidement, probablement à la suite de compressions nerveuses.

En résumé, à part quelques rares cas où l'on a

des signes de compression, rien dans l'auscultation ne permet d'expliquer la température et la cachexie progressive.

Nous n'aurons de même rien à noter dans l'expectoration. Monsieur Roubier déclare avoir été frappé dans son centre de triage de la rareté de l'expectoration des nègres dont l'examen clinique basé surtout sur les signes généraux faisaient soupçonner la tuberculose. L'expectoration est muqueuse ou séreuse, presque jamais purulente, quelquefois teintée de sang, mais jamais de sang pur comme dans les hémoptysies. Même observation faite par Messieurs Broquet et Morenas.

Deux cas seulement où l'examen a été positif furent rapportés par MM. Dumas et Borrel. Chez les malades de nos observations l'examen des crachats fut négatif.

Pas de signes ni du côté du cœur, ni du côté de l'encéphale.

L'examen du sang, pratiqué dans l'observation n° 1 après coloration au Leischman, permit de noter un pourcentage de globules blancs par rapport aux globules rouges sensiblement voisin de la normale et une formule leucocytaire sans modification qui mérite d'être retenue.

A cette période le signe constant, et le plus important, est la température. La fièvre est continue, donnant parfois une courbe en plateau, au point de simuler une typhoïde, fièvre tout à fait semblable à celle que décrit Nutinel dans l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant.

« La fièvre persistante, sans autre signe, doit conduire à l'exploration du médiastin. Cette fièvre peut être continue, ondulante, avec de faibles écarts journaliers, parfois à 39° réalisant un plateau d'aspect typhique. »

Ou bien la température procède par poussées successives prenant le caractère hectique décrivant ainsi des oscillations de 1 ou 2 degrés entre la température du matin et du soir, tombant parfois le matin à 37°.

Dans bien des cas on a pu noter une augmentation de la rate et du foie.

Après un temps variable de 3 ou 4 mois, l'amaigrissement devient plus rapide, on constate parfois de légers œdèmes, la perte de l'appétit, l'albuminurie, l'irrégularité plus grande dans la courbe thermique. Tous ces symptômes surviennent les quelques semaines ou même les quelques jours qui précèdent la mort.

CHAPITRE II

COMPLICATIONS

L'affection n'a pas toujours la marche que nous avons décrite dans les pages ci-dessus. Bien souvent la terminaison en est avancée par une complication.

Les ganglions trachéo bronchiques forment le centre d'un réseau lymphatique important, ils reçoivent tous les lymphatiques du poumon, les lymphatiques superficiels ou sous-pleuraux, ceux de la plèvre, de la trachée, des bronches, du péricarde et du cœur, ceux des organes du médiastin.

En haut ils communiquent avec les ganglions du cou, de la chaîne carotidienne et ceux du creux sus-claviculaire.

En bas, avec les ganglions désignés par Testut et Jacob sous le nom Aortico-Œsophagiens. Ces derniers, situés autour de l'œsophage, l'accompagnent dans la cavité abdominale reliant celle-ci à la cavité thoracique.

Les relations nombreuses permettent de comprendre la facilité avec laquelle le processus tuberculeux se propagera. Il semble alors que les

ganglions cessent d'être le principal défenseur mais c'est toujours le système lymphatique qui réagit au niveau des séreuses donnant des péricardites, des pleurésies, des péritonites.

Les pleurésies quelques fois séro-fibrineuses ne présentent rien d'anormal dans leur évolution. Mais fréquemment elles deviennent par la suite hémorragiques. L'épanchement est caractérisé par son extrême abondance repoussant le médiastin, le diaphragme. Le liquide d'abord rosé devient franchement hémorragique avec à côté de nombreuses hématies, une formule presque exclusivement lymphocytaire. Cependant malgré l'épanchement considérable le malade n'a pas de signes de compression pas d'asphyxie pas de troubles cardiaques. L'évolution semble seulement être plus rapide : Broquet et Morénas, « 1 mois $1/2$ dans 5 cas, 1 fois 2 mois, 1 fois 3 mois $1/2$. »

Notons encore que jamais ces mêmes auteurs n'ont signalé la transformation purulente de l'épanchement.

Les péricardites sont tout aussi fréquentes. Sur les 5 cas, chez les Sénégalais, rapportés par M. Dumas, 3 sont avec épanchement. De même dans plusieurs de nos observations.

Cet épanchement est tantôt séro-fibrineux, hémorragique, louche ; il peut exister isolément mais le plus souvent il coexiste avec une pleurésie et même une péritonite, réalisant la forme pleuropéritonéale de Fernet et Bouland.

Malgré cette généralisation à toutes les séreuses,

puisque quelques malades ont eu des douleurs très-vives articulaires, on n'a pas constaté de généralisation des méninges.

Les signes de compressions furent surtout observés dans les cas rapportés par Arnoux ; syndromes de compression du pneumogastrique quelques fois même précoce servant au diagnostic, compression veineuse comme dans le cas que nous rapportons, compression des bronches.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

L'aspect du malade, les ganglions, la fièvre, la marche de l'affection sont des signes assez caractéristiques, lorsqu'il s'agit de Sénégalais.

Plus difficile sera le diagnostic quand on aura affaire à un adulte de nos pays.

Dans un premier cas nous avons des signes sthétoscopiques qui en imposent pour une lésion plus marquée que celle qui existe en réalité. Le souffle de compression prend un timbre amphorique et des râles fins d'œdème qui pourront être pris pour des râles gargouillés, simulent une tuberculose avec cavernes.

Mais la respiration reste normale au-dessus et au-dessous de la lésion. L'expectoration, sans bacilles de Koch, est en contradiction avec les signes observés.

D'autres fois on constate les signes d'une pleurésie interlobaire : la matité suspendue avec souffle dans la région moyenne, la présence dans cette région d'une ombre suspendue à la radiographie ; la courbe thermique à grandes oscillations semblent indiquer une collection suppurée de l'interlobe.

Dans ce cas on aura recours aux séro-diagnostic et à la cuti-réaction. Enfin quelle peut être la nature des masses ganglionnaires constatées. Maladie de Hodgkin, tumeur du médiastin.

Dans la maladie de Hodgkin l'évolution est plus lente procédant par phases d'amélioration et d'aggravation. Les masses ganglionnaires sont plus volumineuses, les ganglions plus isolés, présentant une structure lardacée et dont la vraie nature est démontrée par une biopsie. Ainsi le diagnostic est 99 fois difficile et il nous a été permis de voir un cas où la nature tuberculeuse presque évidente à l'examen clinique et microscopique montrait à l'examen histologique une maladie de Hodgkin.

Dans les tumeurs du médiastin, les signes de compression des systèmes vasculaires et des nerfs sont plus prononcés que dans nos cas. Ces malades évoluent sans température, présentant une dyspnée continue avec accès de suffocation.

Les complications : péricardite, pleurésie sont, comme ici, le plus souvent hémorragiques.

Le diagnostic avec le cancer du poumon se fera facilement (celui-ci ne se trouvant guère que chez l'homme d'un certain âge). (Thèse de Ballet, Lyon, 1910.) De même, avec une ectasie aortique.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

« A petite lésion initiale de la tuberculose pulmonaire infantile correspondent de grosses lésions ganglionnaires. Aux grosses lésions de l'adulte correspondent souvent de minimes lésions ganglionnaires. »

Ici rien de semblable et M. A. Dumas dit, à propos des Sénégalais : « Jamais en France nous n'avions rencontré dans les autopsies de tuberculeux une telle proportion d'adénite médiastinale et les rencontrant, nous étions habitués à trouver un parallélisme d'intensité entre l'adénite et la lésion pulmonaire, là au contraire c'est une discordance complète. »

La même constatation peut être étendue aux cas que nous avons envisagés. Les ganglions du cou, des aisselles, des aines sont augmentés de volume, mais surtout les ganglions du médiastin.

Si nous considérons leur disposition, nous les voyons formant autour des bronches et au niveau du hile différents groupes que Barety a décrit dans sa thèse. Un groupe surtout nous paraît intéressant à noter.

Il est constitué par de nombreux ganglions qui pénètrent bien profondément dans l'intérieur des poumons en suivant les divisions bronchiques dont ils occupent les angles de bifurcation et, suivant Cruveilhier (traité d'anatomie descriptive 1877. t. III), on peut retrouver ces ganglions jusqu'aux divisions de 4^e ordre.

Ces ganglions, complètement enfouis dans l'intérieur du poumon et en contact avec les bronches et les vaisseaux, sont à l'état normal d'un très petit volume, celui d'un pois au maximum ; ils s'enfoncent, d'après Testut, de 3 ou 4 centimètres en dedans du hile, en plein poumon par conséquent. Aussi nous verrons ces ganglions hypertrophiés envahir le poumon en suivant les divisions bronchiques, en restant indépendants du parenchyme qui reste saisi autour d'eux et qu'ils compriment.

Ces ganglions se présentent à tous les stades de l'infection bacillaire, tantôt simplement hypertrophiés infiltrés de granulations tuberculeuses, tantôt ayant subi la dégénérescence caséuse, presque jamais la fonte purulente.

A côté de ces lésions importantes du hile, nous trouvons au niveau du poumon, ou un parenchyme sain, ou infiltré de granulations tuberculeuses. Mais presque jamais ces lésions n'arrivent à la caséification et l'on ne rencontre que rarement des cavernes.

Rien d'extraordinaire dans ces conditions que la recherche du bacille de Koch dans les crachats soit négative dans tous les cas observés. Dans

l'observation N° II. La recherche positive du bacille de Koch correspondait, à l'autopsie, à une petite caverne de la grosseur d'une petite noix.

Au niveau de la plèvre nous aurons des adhérences avec de nombreuses granulations miliaires et un épanchement hémorragique le plus souvent.

On retrouve souvent ces mêmes lésions au niveau du péricarde et du péritoine.

Au niveau du péricarde un liquide séreux, ou louche, ou hémorragique le distend lui donnant une forme de sablier à gros renflement inférieur. Les feuillets sont épaissis, lardacés, tapissés de nombreuses membranes fibrineuses avec de nombreux tubercules.

Au niveau de la rate, ces lésions sont assez importantes à signaler. M. A. Dumas a constaté que chaque fois que le parenchyme pulmonaire était sain, la rate était indemne. Au contraire, quand celle-ci était hypertrophiée ou farcie de tubercules on retrouvait des lésions au niveau du poumon. Il pense que la rate serait le point de passage entre les territoires lymphatiques et sanguins, faits qui confirmeraient l'opinion de Calmette, à savoir que l'infection du poumon se fait par la voie sanguine.

Que donneraient ces lésions à l'écran ?

L'examen radioscopique sera d'une grande importance, permettant un diagnostic précoce.

Alors que le malade ne présente que de l'adénopathie, les signes fournis par l'examen clinique sont nuls ; à l'écran, les ganglions se présenteront comme

une masse grisâtre, à bords nets; occupant le hile; à côté de cela le champ pulmonaire est à peu près normal.

Pour Moreau : chez un grand nombre de sujets il existe d'énormes hypertrophies des ganglions du hile, en particulier du hile droit. Ces adénopathies forment des opacités à contour net et semblables à celles des kystes dermoïdes.

Au sommet : il n'existe que de l'obscurité avec absence totale d'illumination à la toux (infiltration parenchymateuse) ou bien, quand l'opacité n'est pas complète, la toux fait apparaître l'aspect granité dû à des caséifications discrètes. Tantôt le sommet reste normal, tantôt l'obscurité s'étend à un champ pulmonaire qui est entièrement voilé.

En effet, si on suit par l'examen radioscopique l'évolution des lésions, on constate que cette ombre centrale augmente dans tous les sens à la fois, surtout dans le sens horizontal, donnant un aspect triangulaire orienté dans la direction des scissures; bientôt une masse noire occupé une grande partie du champ pulmonaire, laissant libre le plus souvent la région apicale et la région du diaphragme.

CHAPITRE V

ÉTIOLOGIE

La marche spéciale de la tuberculose infantile qui évolue à la façon de la tuberculose expérimentale du cobaye est due à ce que l'on a affaire chez l'enfant à une tuberculose de première infection. Chez lui le bacille de Koch est arrêté par les ganglions, mais cette barrière se laisse facilement franchir et il envahit bientôt tout l'organisme donnant des lésions analogues à celles que nous avons constatées. Ces lésions peuvent guérir, mais elles auront laissé de profondes modifications humorales qui déterminent un état connu depuis Von Pirquet, sous le nom « d'Allergie ».

« L'Allergie, représente un état d'équilibre instable entre les deux états opposés d'hypersensibilité et de résistance. » (Léon-Bernard.) « C'est une deuxième infection qui nous donnera les signes d'évolution telle que nous la constatons en général chez l'adulte de nos pays. »

Or, les soldats noirs qui nous ont été envoyés provenaient du centre de l'Afrique où la tuberculose est rare. D'après Le Dantec, elle serait moins

fréquente dans le Nord de l'Afrique qu'en France. Dans le centre de l'Afrique, quoique nous ayons peu de renseignements, on admet en général qu'elle est rare. Les allemands prétendent qu'elle n'existe pas au Cameroun.

D'après Lombard, traité Climatologie médicale, la phtisie existerait chez les Sénégalais natifs des côtes occidentales et la fréquence serait en rapport avec le paludisme.

M. le professeur Calmette ayant fait procéder à de nombreuses cuti-réactions chez les indigènes de l'Afrique occidentale Française, on obtint par cette enquête les résultats suivants : Réaction positive 4, 5 % à 7 % dans les villages de l'intérieur, 20 à 30 % dans les centres de colonisation.

Il semble donc que le nègre ne soit pas dans son pays sujet à la tuberculose pulmonaire, mais il se trouve extrêmement fragile et sensible aux changements de température, ce qui le rapproche de l'enfant.

Dans le dictionnaire Dechambre nous trouvons : « Les nègres sont moins sujets que les blancs aux phlegmasies aiguës, mais le sont davantage aux accidents du lymphatisme. Ils supportent difficilement les changements, nous ne disons pas de climats, mais de pays, transportés dans les régions même méditerranéennes, ils succombent à la phtisie. »

C'est aussi l'avis de Bordier : « Traité de Géographie médicale. » Il suffit de déplacer le nègre dans son propre pays pour que la tuberculose augmente.

En somme, la tuberculose étant rare dans le pays d'origine de ces troupes, la plupart de ces Sénégalais ont été pour la première fois à leur arrivée en France en contact avec le bacille de Koch. L'infection sera rapidement fixée à la faveur de l'état de moindre résistance, ils ont fait une tuberculose comme les enfants.

Pour les autres cas que nous rapportons, il est logique d'admettre la même étiologie, puisque l'évolution et l'anatomie pathologique nous ont montré des faits semblables à ceux observés chez les Sénégalais. Aussi nous semble-t-il permis de dire que nous avons affaire à des lésions de primo-infection évoluant avec le caractère spécial que ces lésions revêtent habituellement chez l'enfant, légèrement modifiées seulement par le fait qu'elles évoluent chez l'adulte.

En effet chez l'enfant la marche est plus longue, les ganglions arrivent le plus souvent à la transformation caséuse et la fonte purulente ; dans les cas que nous avons rapportés, c'est le système ganglionnaire aussi qui est surtout atteint, mais il semble que la barrière soit plus facilement franchie et que la généralisation par voie lymphatique soit plus précoce amenant la mort avant que les ganglions soient arrivés au stade ultime de la caséification.

Ces faits se rapprocheraient ainsi de certains des cas observés depuis Hodgkin et que Trousseau rapporta sous le nom « d'adénie » dans une clinique magistrale. Plus récemment, le professeur Roque

divisa l'adénie de Trousseau en lymphosarcome, lymphadénie tuberculeuse et infectieuse.

Dernièrement, dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux, Weill et Dutour, à propos d'un cas de lymphadénie chez une enfant, admettent que la lymphadénie est souvent tuberculeuse et que même apparaissant après une maladie infectieuse il y a lieu de suspecter la tuberculose.

Dans ces cas il y a une réaction désordonnée de l'organisme au niveau des ganglions donnant ces énormes masses qui ne tendent pas vers la suppuration, ayant une apparence structurale normale avec peu de modifications de la formule sanguine.

Ces tuméfactions ganglionnaires s'accompagnent de fièvre évoluant par poussées successives. Peu à peu le malade dépérit et s'achemine vers une cachexie profonde. Il semble qu'il y ait d'abord un stade où les lésions sont localisées au système ganglionnaire puis une généralisation amenant des lésions des viscères qui accélèrent la marche de la maladie.

Nos observations prendront place entre cette tuberculose type inflammatoire de Prucet Landouzy et la tuberculose ganglionnaire à signature anatomique nette à évolution ulcéro-caséuse.

CONCLUSIONS

Dans le cadre des Polyadénites tuberculeuses on connaissait, jusqu'à ce jour, 2 formes :

1° Celles des Polyadénites suppurées sur lesquelles tout le monde est d'accord et qui se compliquent fréquemment de lésions ulcéro caséeuses du poumon ;

2° Une forme de Polyadénites, ne suppurant jamais, simulant des tumeurs dont la nature tuberculeuse n'était démontrée que par les recherches de laboratoire, ayant en général une évolution lente et chronique à moins que ne survienne une poussée de granulée intercurrente se terminant par une poussée d'infection progressive. C'est la lymphadénie ;

3° Il semble résulter de nos observations qu'il y a lieu de faire dans le cadre des Lymphadénies tuberculeuses une division, de réserver cette appellation aux cas où la tuberculose est atypique, non folliculaire, purement inflammatoire, et de décrire une troisième forme intercalaire entre les adénites suppurées et la lymphadénie tuberculeuse, forme que nous nous proposons d'appeler tuberculose ganglionnaire.

Dans cette forme, les ganglions ont des lésions tuberculeuses anatomiquement différenciées qui

évoluent quelquefois et à la fin seulement vers la caséification.

Il semble s'agir alors d'une tuberculose des séreuses avec Polyadénite, péritonite, péricardite sans lésions viscérales habituelles. L'évolution de cette forme, observée surtout chez les Sénégalais, nous a paru être rapide et comporter un pronostic sévère.

Le Président de la Thèse,

ROQUE.

Vu :

Le Doyen,

LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 23 décembre 1920.

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

ALBERT WADDINGTON.

BIBLIOGRAPHIE

- LÉON BERNARD. — Type adulte de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. Société Médicale des Hôpitaux, 9 avril 1914.
- BROQUET et MORENAS. — De la tuberculose pulmonaire des Noirs (l'Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse à marche rapide). *Revue de la tuberculose*, n^{os} 2 et 3 (1920).
- LUQUET. — Thèse Lyon, 1920. Considération sur la tuberculose chez les troupes exotiques importées en France pendant la guerre.
- BORREL. — Note communiquée à l'Etat-Major de la X^e armée, 12 juillet 1918 (Note sur la pathologie du tirailleur sénégalais.)
- ARNOUX. — Contribution à l'étude de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse (quelques cas observés aux colonies.)
- MASSELOT. — L'adénopathie trachéo-bronchique, *Gazette des Hôpitaux*, 23 août 1919.
- FORESTIER. — Etude clinique de la péricardite tuberculeuse et des autres séreuses. Montpellier, 1900.
- DUMAS. — Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse à marche rapide, 5 observations anatomo-cliniques chez les Sénégalais. *Lyon Médical*, avril 1919.

DUMAS et CORONE. — Renseignements fournis par la radioscopie dans le diagnostic de la tuberculose pleuro-pulmonaire.

A. DUMAS. — Communication à la Société Médicale des Hôpitaux, 19 octobre 1920. A propos d'un cas d'adénopathie cervico-médiastinale à marche rapide chez l'adulte. (Observation anatomo-clinique.) Les relations avec la lymphadénie tuberculeuse.

ROUBIER. — *Paris Médical*, septembre 1919.

JACQUES. — Les adénopathies pulmonaires. Etat anatomo-clinique et radioscopique. (Thèse Lyon, 1905.)

MOREAU. — Fréquence de la tuberculose chez les représentants des races de couleur importées en France. (Observation radiologique.) Communication à l'Académie de Médecine, février 1919.

CALMETTE. — Enquête sur l'épidémiologie de la tuberculose dans les colonies françaises. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 26^e année, juillet 1912.)

ROQUE. — Contribution à l'étude de la lymphadénie ganglionnaire. *Revue de Médecine*, 1911. Livre Jubilé du professeur Lépine.

WEILL et DUFOUR. — Communication à la Société Médicale des Hôpitaux, 5 juin 1920.

ROUVIER. — Les formes cliniques de la tuberculose thoracique chez les troupes exotiques importées en France pendant la guerre. *Gazette des Hôpitaux*, 28 octobre 1920.

